

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 27 octobre 1899, à 1 heure.

Par Ch. SICHÈRE

Né à Coubé-Vérac (Vienna) le 21 novembre 1874

CONSIDÉRATIONS

sur LES

BRONCHITES ALBUMINURIQUES

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Avec la tuberculose pulmonaire

Président : M. BRISSAUD, professeur.

*Juges : { MM. TILLAUX, professeur.
LETULLE et MAUCLAIRE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

37

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 27 octobre 1899, à 1 heure.

Par Ch. SICHÈRE

Né à Couhé-Vérac (Vienne) le 21 novembre 1874

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

BRONCHITES ALBUMINURIQUES

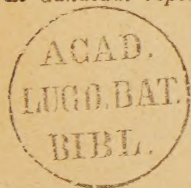
DIAGNOSTIC CLINIQUE

Avec la tuberculose pulmonaire

Président : M. BRISSAUD, professeur.

*Juges : { MM. TILLAUX, professeur.
LETULLE et MAUCLAIRE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. BROUARDEL
		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pat ologie médicale		DEBOVE.
Pa ologie chirurgicale		HUTINEL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		N.....
		CHANTEMESSE
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Médecin des hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'honneur.

CONSIDÉRATIONS
SUR LES
BRONCHITES ALBUMINURIQUES
DIAGNOSTIC CLINIQUE
Avec la tuberculose pulmonaire

PRÉFACE

Au début de ce modeste travail nous sommes heureux d'offrir à nos maîtres l'expression de notre reconnaissance.

Que tous ceux, parents ou amis, qui nous ont guidé dans nos études, qui, de leurs excellents conseils nous ont facilité notre travail, reçoivent ici nos sincères remerciements et l'hommage de notre profonde gratitude.

Nous avons eu l'honneur de suivre l'enseignement de MM. les professeurs Demons et Rondot de la Faculté de Bordeaux; celui de MM. Ferrand, Hirtz et Bar dans les hôpitaux de Paris. A tous ces maîtres, qui par leur enseignement éclairé, nous ont fait aimer les sciences médicales, notre reconnaissance est acquise.

Nous remercions M. le docteur Hirtz, médecin l'hôpital Laënnec, de nous avoir indiqué le sujet de ce travail et d'avoir facilité notre tâche par les renseignements qu'il a bien voulu nous donner.

Que M. le professeur Brissaud veuille bien recevoir tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

La bronchite albuminurique est sortie de toutes pièces des mains de Lasèque, bien qu'avant lui Bright et d'autres observateurs aient mentionné les complications pulmonaires de la néphrite chronique.

Depuis Lasèque, on s'est peu occupé de ces formes de bronchites.

D'abord, on a critiqué le terme de bronchite albuminurique. On le trouvait mauvais, parce que sans doute il était trop spécial, puisque parmi les complications pulmonaires dues à l'albuminurie, il y avait plusieurs formes qui par leur siège, leur marche, leur pathogénie différaient de la bronchite proprement dite.

Mais aussi il ne faut pas prendre à la lettre le terme « bronchite albuminurique ».

Pour nous, le mot bronchite, signifie : accidents broncho-pulmonaires, et le mot albuminurie, signifie, néphrite chronique avec beaucoup, peu ou pas d'albumine.

De plus, Lasèque ne comprenait sous ce terme, qu'une partie des accidents broncho-pulmonaires observés chez les brightiques. C'est ainsi qu'il laisse de côté l'œdème suraigu du poumon que M. le professeur Dieulafoy a décrit dans ses cliniques. Lasèque traite des œdèmes pulmonaires, des bronchites, des pneumonies au cours de la néphrite chronique.

Il donne avec beaucoup de précision les caractères communs de ces différentes formes. Lasègue parle surtout de bronchite avec dyspnée et oppression intense, sans localisation spéciale pouvant siéger au sommet, au centre ou à la base du poumon avec plusieurs foyers.

Il étudie merveilleusement les rapports de la tuberculose pulmonaire et de l'albuminurie.

Mais dans ce cas la bronchite albuminurique vient se greffer sur un foyer tuberculeux déjà connu ; la bronchite n'est qu'un élément qui s'ajoute.

Quant à nous, nous étudions ces complications pulmonaires albuminuriques à un autre point de vue. Nous montrerons qu'il peut y avoir du côté du poumon une affection, qui par sa marche lente, sa localisation aux sommets, sa tenacité, simule une tuberculose pulmonaire ; alors que l'albuminurie seule peut être la cause de cet œdème ou de cette bronchite localisée.

Par conséquent Lasègue, tout en étudiant spécialement les complications broncho-pulmonaires de l'albuminurie, tout en montrant magistralement les caractères distinctifs de chacune de ces formes, insiste peu sur ces bronchites localisées avec marche traînante, pseudo tuberculose qui vont nous occuper dans ce travail.

Ce point de clinique pratique nous paraît assez important pour être mieux connu. On pourra ainsi éviter de grosses erreurs, qui entraîneraient de graves conséquences thérapeutiques. Nous donnerons des exemples où ces accidents broncho-pulmonaires d'origine albuminurique ont été pris pour des tuberculoses pulmonaires chroniques.

Ce point de diagnostic a été signalé par les auteurs contemporains.

Dans le *Manuel de Médecine* Caussade dit à ce sujet : « Si l'on observe un malade atteint de bronchites à répétition, d'œdème pulmonaire persistant, on peut, au début, songer à la tuberculose ».

Dans le traité de Médecine, Marfan fait les mêmes réserves. Brault, en parlant des néphrites chroniques déclare que les bronchites à répétition qu'on y rencontre font songer à la tuberculose.

En 1898, dans sa thèse, Combarel, en rapportant une observation dans laquelle l'erreur de diagnostic avait été commise, fait une catégorie à part pour la forme qui nous occupe. Nous n'avons, disait-il, qu'une seule observation se rapportant à cette quatrième forme. Mais elle est intéressante, car elle saisit sur le fait une erreur de diagnostic due précisément à une négligence dans l'examen des urines.

Malgré l'autorité de ces auteurs, il nous semble que ce sujet demande un plus long développement, avec observations et preuves à l'appui.

Du reste ces preuves ont été apportées par MM. Hirtz, médecin de l'hôpital Laënnec et Merklen, interne au même hôpital, dans un travail publié au mois de décembre 1898.

MM. Hirtz et Merklen, ont, les premiers, attiré l'attention sur le diagnostic précis, des œdèmes pulmonaires d'origine brightique localisés au sommet, avec la tuberculose pulmonaire.

Ces auteurs ont bien montré comment tous les signes

peuvent induire en erreur dans ces phénomènes pulmonaires.

L'état général, l'amaigrissement, l'expectoration mucopurulente ou hémoptoïque, la localisation au sommet; en un mot tous les signes fonctionnels ou physiques peuvent faire porter un faux diagnostic.

Et à l'appui de ces dires, MM. Hirtz et Merklen ont apporté des observations très intéressantes et importantes, que nous donnons à la fin de ce travail.

Nous devons avant tout, faire une distinction; distinction que Lasèque avait déjà saisie en montrant que l'albuminurique n'avait pas de prédisposition à la tuberculose; mais que la phtisie pulmonaire peut se compliquer d'albumine avec infiltration consécutive du visage et des membres.

Il existe donc deux types cliniques qu'il importe de différencier: 1° Le malade est frappé d'accidents pulmonaires relevant d'une néphrite chronique; 2° le malade est atteint de tuberculose pulmonaire compliquée de néphrite.

Le premier type seul nous intéresse ici; après avoir montré par des exemples qu'une néphrite chronique peut donner lieu à des accidents broncho-pulmonaires simulant la tuberculose; nous aborderons l'étude des symptômes et des éléments du diagnostic.

Mais nous n'avons pas la prétention de faire une étude approfondie de ces pseudo-tuberculoses pouvant se produire au cours de l'albuminurie. D'autres plus autorisés mettront en relief tous les points de cette étude avec plus de netteté, de précision que nous ne saurions le faire.

Notre tâche plus simple se bornera à montrer qu'on

peut diagnostiquer et qu'on a diagnostiqué une tuberculose pulmonaire, là où il n'y avait qu'une bronchite ou œdème d'origine albuminurique. Nous prouverons surtout par les observations ci-jointes, combien il est facile d'éviter une erreur de diagnostic *par l'analyse des urines de tout malade* ; et par la recherche complète et sérieuse des signes stéthoscopiques.

SYMPTOMES ET DESCRIPTION

Nous laisserons de côté dans ce chapitre, les complications broucho-pulmonaires à grands fracas, c'est-à-dire' la pneumonie, la broncho-pneumonie, l'œdème suraigu du poumon et même la bronchite aiguë. Rayer au sujet de la bronchite disait : « La forme aiguë de la bronchite avec fièvre, dyspnée, obscurité du son de la poitrine à la percussion, surtout sur les parties inférieures et postérieures des poumons, râles divers, expectoration muqueuse est assez rare ».

Ce n'est pas la rareté de ces complications qui nous les fait écarter de notre sujet : Mais le début brusque, la localisation, les grands symptômes de ces formes intenses, permettent moins à l'idée de tuberculose de naître dans l'esprit du médecin. Cependant, quand elles s'accompagnent d'expectoration hémoptoïque, peut-être pourrait-on penser à la tuberculose pulmonaire ? Dans ces cas alors, il y a œdème plus ou moins généralisé, plus ou moins intense, comme dans les observations de Decker et de Lasèque (Th. de Le Maux) et les signes de néphrite sont assez évidents pour attirer les recherches dans ce sens, avant que dans tout autre.

La forme qui prête le plus à l'erreur, est celle où les accidents pulmonaires revêtent la forme la plus simple,

la plus insidieuse et en même temps la plus commune. Nous avons nommé l'œdème pulmonaire localisé.

L'œdème pulmonaire se rencontre assez souvent isolé, dit Decker. Il s'observe alors dans les cas d'albuminurie légère et se termine ordinairement par la guérison ; ou bien il est le premier terme de la série des autres complications qui viendront plus tard s'y adjoindre. Il est plus ou moins étendu et s'accompagne toujours de dyspnée, de toux et d'expectoration abondante. Il n'amène pas de réaction fébrile, mais le pouls s'accélère par suite de la gêne de la circulation intra-pulmonaire.

Y a-t-il autant de dyspnée, de toux et d'expectoration que le dit Decker, nous le verrons plus loin. Mais l'albuminurie est légère, et la plupart du temps inconnue. La réaction fébrile manque. Cela suffit pour s'égarer dans la recherche du diagnostic.

Souvent dans ces cas on voit pour la première fois un malade qui se plaint de tousser ou de maigrir ; ou bien, qui vient consulter parce que la veille il a eu un crachement de sang. Eh bien ! ne croyez-vous pas qu'il est facile de penser à la tuberculose pulmonaire devant un malade qui tousse, qui maigrit et qui a eu, une ou plusieurs hémoptysies ? Mais, on l'ausculte après avoir pensé à cette maladie si fréquente ! Et si l'auscultation vous fait entendre une respiration obscure avec râles sous-crépitaux à l'un des sommets ou quelquefois aux deux ; vous rapprochez l'amaigrissement et l'hémoptysie de ces signes stéthoscopiques et vous ordonnez la suralimentation, l'huile de foie de morue, la cure d'air, sans avoir pensé à l'analyse d'urine. Sans doute, direz-vous, c'est un diagnostic porté bien

rapidement. Mais malheureusement, cela arrive ; et nous en donnons des exemples dans les observations citées plus loin.

Les symptômes, que nous allons décrire, sont plus que dans toutes les autres maladies très variables dans leur intensité, leur union et leur manière de se manifester. Un signe, qui chez un malade sera prédominant, pourra, chez un autre être au second plan ou même ne pas exister.

L'irrégularité, la mobilité président donc à ces complications.

La dyspnée est un de ces symptômes les plus variables. Elle est plus ou moins intense et peut même ne pas exister. Parfois, dit Rayer, elle détermine si peu de gêne que les malades n'y font que peu ou point attention ; d'autres fois au contraire la respiration est accélérée et la dyspnée considérable, surtout dans les derniers temps de la maladie.

Lasèque a bien décrit les caractères particuliers à cette dyspnée. Elle se produit par accès, le plus souvent nocturnes et indépendants des mouvements du malade. Elle survient sans cause et disparaît de même. Le patient est obligé de s'asseoir sur son lit, de se lever. Ce sont, en un mot, des crises dyspnéiques analogues à celles de de l'asthme.

Dans cette forme d'œdème pulmonaire le malade tousse peu ; il n'expectore pas en général ; et s'il expectore, ce sont des crachats visqueux et filants. Cependant et voilà une des principales cause d'erreurs de diagnostic : l'hémoptysie peut exister soit à l'état des crachats légèrement colorés, soit à l'état de sang pur. Decker dans sa thèse

signale cette cause d'erreur. Il faut aussi, dit-il, savoir que les hémoptysies ne sont pas rares dans ces cas. C'est pour ne pas avoir suffisamment tenu compte de ces données, qu'on a pu prendre, l'œdème pulmonaire accompagné d'hémoptysie, pour des signes d'affection tuberculeuse. C'est ainsi que le Dr Guepin de Nantes dit avoir connu plusieurs cas d'albuminurie, d'abord inconnue, dans lesquels des symptômes d'œdème pulmonaire furent pris, par quelques médecins, pour des symptômes de phtisie. De même cette erreur fut commise pour les malades des observations 3 et 5 citées dans ce travail.

Les signes négatifs, fournis par la percussion et la palpation, sont de première importance pour le diagnostic. La sonorité normale n'est aucunement altérée ; et le doigt qui percute ne ressent aucune résistance mais bien l'élasticité normale. La palpation permet de même, de constater que la transmission des vibrations n'est pas exagérée. En un mot pas de signe d'induration pulmonaire. M. le Dr Hirtz nous a montré bien souvent l'importance de ce signe négatif.

L'auscultation fait entendre au sommet, (puisque nous parlons des œdèmes localisés au sommet) des râles crépitants fins, abondants, allant en décroissant du centre à la périphérie, où la respiration est affaiblie. Ces foyers de râles peuvent se percevoir aux deux sommets ou bien à un seul, l'autre sommet étant le siège d'une respiration obscure. Mais la respiration n'est pas soufflante et le murmure vésiculaire n'est guère modifié dans son timbre.

Cependant Talamon et Lecorché rapportent dans leur traité l'existence d'une respiration légèrement soufflante,

s'accompagnant de râles sous-crépitaux. C'est là une exception due à un certain degré de congestion pulmonaire concomitante.

L'auscultation de la voix montre que cette dernière a conservé son timbre normal.

Ce que nous avons dit plus haut, de la facilité d'erreur en présence d'un œdème pulmonaire de nature albuminurique, s'applique également à la bronchite de même origine, bien que cette forme de complication soit moins insidieuse. Le plus souvent en effet, cette bronchite se déclare brusquement avec dyspnée, toux, expectoration, etc.

Malgré cela la bronchite peut avoir une localisation plus marquée aux sommets, de sorte qu'il est possible de penser à une poussée de bronchite chez un tuberculeux.

De même il y a des bronchites à répétitions, qu'on peut considérer comme les épiphénomènes d'une tuberculose encore latente.

Puis le malade se plaint de lassitude générale, de sentiment de faiblesse, de perte d'appétit, d'amaigrissement, tous signes qui cadrent bien avec la tuberculose ; alors que nos observations nous les montrent pouvant appartenir à des chloro-brightiques, comme dans les observations du Dr Guépin, ou bien à un brightisme déjà ancien, mais encore ignoré.

C'est cette bronchite albuminurique qui a surtout été bien décrite par Lasèque et ses élèves. Decker dit, qu'elle est une complication très fréquente de l'albuminurie, mais qu'elle est généralement peu grave.

D'après Rayer, cette bronchite est une des affections

secondaires les plus fréquentes de la néphrite albumineuse. La forme aiguë est assez rare.

Au contraire dans l'albuminurie chronique, ajoute Rayet, presque toujours la bronchite a une marche chronique.

La bronchite existe rarement seule. Cependant elle peut constituer la première de toutes les manifestations de l'albuminurie. Le début de la maladie de Bright, dit Jaccoud, peut être insidieux ; un catarrhe laryngo-bronchique, qui surprend par sa persistance, est quelquefois le premier symptôme cliniquement appréciable. La respiration devient rude par places ; on perçoit des rhonchus et de la sibilance ; les crachats spumeux deviennent plus consistants. La dyspnée augmente ; mais pas ou peu de réaction fébrile. Cette forme mixte de complications pulmonaires est souvent notée, et se termine presque toujours favorablement.

Ainsi donc la bronchite chronique de Rayet, le catarrhe laryngo-bronchique de Jaccoud qui surprend par sa persistance peuvent parfaitement faire penser à un terrain tuberculeux.

Sans doute cette bronchite se localise moins souvent aux sommets que l'œdème ; mais elle se manifeste par la localisation en un ou plusieurs noyaux plus ou moins étendus, plus ou moins stables.

La respiration, dans ces cas, devient rude ; l'auscultation laisse percevoir des foyers de râles crépitants qui deviennent peu à peu humides. Il n'y a pas de souffle, pas de matité à la percussion, pas de retentissement de la voix. L'expectoration plus ou moins abondante est

constituée par des crachats mousseux, muqueux, ou muco-purulents, ou même épais et jaunâtres.

C'est dans cette forme de bronchite, que l'expectoration surtout ressemble à celle de la tuberculose ; car les crachats parfois sanguinolents peuvent aussi être mélangés d'un sang pur. Cependant le plus souvent, ces crachats, et c'est là leur signe distinctif, sont mélangés d'un sang diffus les colorant en masse et se déposant sous la forme de filaments et de grumeaux noirâtres.

C'est dans cette forme de bronchite qu'on observe la dyspnée intense, dont nous avons déjà parlé, si peu en rapport avec les signes sthétoscopiques.

La réaction fébrile est nulle ou à peu près.

L'évolution de ces bronchites est toute spéciale ; apparues brusquement elles disparaissent de même.

Les foyers de râles entendus dans un poumon disparaissent complètement pour se transporter tout d'un coup dans le poumon opposé ou dans un autre point du même poumon.

Donc mobilité, variabilité, tels sont les principaux caractères de cette forme de bronchite.

DIAGNOSTIC

L'œdème pulmonaire ou la bronchite telle que nous venons de les décrire peuvent se présenter à toutes les périodes de la néphrite chronique. Mais deux cas surtout peuvent induire en erreur. C'est d'abord, lorsque la bronchite ou l'œdème constitue la première de toutes les manifestations de l'albuminurie. En second lieu, lorsqu'au cours d'une néphrite ou d'un mal de Bright méconnu, il survient une bronchite ou un œdème pulmonaire persistant qui peut simuler la tuberculose. Il s'agit alors de penser aux complications pulmonaires de l'albuminurie, de rechercher les symptômes d'une néphrite ignorée, et les signes différentiels entre la tuberculose et la bronchite ou œdème albuminurique.

Dans la description qui précède nous avons vu qu'il y a de nombreux signes communs entre la tuberculose pulmonaire chronique et la bronchite albuminurique.

Cette erreur est facile à faire, si on attache trop d'importance à certains symptômes fonctionnels : amaigrissement, troubles gastriques ou hémoptysie qu'on a l'habitude de rattacher d'emblée à la phtisie. Erreur d'autant plus facile à commettre que souvent on néglige l'analyse des urines.

Il faut donc avant tout commencer par analyser les

urines du malade. S'il y a albumine, l'examen se poursuit avec une base solide et l'attention est attirée autant et plus sur le rein que sur le poumon.

Si au contraire on néglige cet examen, il se comprend, qu'en présence des signes fonctionnels énoncés plus haut, on pense davantage à une affection pulmonaire chronique qu'à une maladie des reins.

Les éléments de diagnostic nous paraissent être les suivants :

Dans les bronchites ou œdèmes pulmonaires de cause albuminurique, la dyspnée est brusque sans cause et surtout nocturne.

Dans la tuberculose, au contraire, le plus souvent c'est à l'occasion des mouvements, pendant la marche, la montée que la dyspnée se manifeste.

Le malade atteint d'œdème pulmonaire albuminurique tousse peu.

Le tuberculeux au contraire a une toux quinteuse, sèche, saccadée, persistante.

Ce sont là des distinctions secondaires et souvent difficiles à faire. Mais la clef du diagnostic suivant M. Le Docteur Hirtz, médecin de l'hôpital Laënnec est fourni par la percussion.

Dans la tuberculose en effet, la percussion accuse une submatité avec résistance marquée au doigt qui percute ; et une élévation de la tonalité. Dans les œdèmes ou bronchites qui nous occupent il y a peu ou pas d'altération de la sonorité normale ; ou, il peut y avoir une légère diminution de l'élasticité des parois.

La palpation montre l'augmentation des vibrations tho-

raciques dans la tuberculose ; cette transmission est normale dans l'œdème.

L'auscultation exige un peu plus d'attention pour le diagnostic. Les râles crépitants fins, abondants, allant en décroissant du sommet vers la périphérie pourraient être pris pour des craquements, et conduire ainsi facilement à une erreur. Mais on ne trouvera pas de respiration soufflante comme dans la tuberculose ; et le murmure vésiculaire sera peu ou pas modifié dans son timbre. De plus la voix a conservé son timbre normal, alors que dans la tuberculose il y a retentissement ou bronchophonie.

On voit donc que de tous ces signes différentiels, la percussion fournit le plus important.

En présence d'un malade présentant de l'amaigrissement, de l'hémoptysie, de la toux, etc., on commence par examiner le poumon.

Si déjà à la percussion vous obtenez une sonorité normale ; le doute surgit aussitôt : l'idée de tuberculose, qui avait un moment effleuré votre esprit, s'éloigne un peu. Vous êtes, par là même, amené à pousser votre examen plus loin.

L'analyse des urines vous montre de l'albumine : Votre point de départ est trouvé. Votre interrogatoire porte sur les symptômes des néphrites, et peu à peu vous arrivez à grouper tous les éléments du véritable diagnostic. La bronchite ou l'œdème pulmonaire que vous aviez pris pour la cause devient l'effet.

Les jours suivants, la marche de la maladie vient de nouveau confirmer votre diagnostic.

La mobilité des signes stéthoscopiques ; la diversité des

symptômes généraux qui s'amendent rapidement ; la température, qui se maintient normale ; tous ces signes, vous permettent d'éloigner l'idée de tuberculose.

Avant de terminer ce chapitre de diagnostic, et pour être plus complet, nous ajouterons qu'il faut se méfier même quand on a trouvé de l'albumine dans les urines. Car souvent chez les tuberculeux il y a de l'albumine, et vice-versa, des albuminuriques peuvent être entachés de tuberculose. En sorte, bien que la clinique permette le plus souvent de porter le diagnostic exact ; il faut avoir recours à l'examen bactériologique des crachats et même à la noculation.

OBSERVATION I

Cette observation et la suivante, quoique sous forme de lettre, n'en offrent pas moins un grand intérêt.

Nous les reproduisons *in extenso* telles que le docteur Guepin de Nantes les avait publiées en 1860 dans le *Bulletin thérapeutique* sous le titre de « *Notes sur les phénomènes insidieux dus à l'albuminurie.* »

Voici cette première observation :

Madame X..., m'écrit son mari, propriétaire poitevin, âgée de vingt-trois ans, a fait une fausse couche à six mois. Elle est, vous le savez, délicate, un peu chlorotique. Trois semaines après cet accident, elle a eu les chevilles des pieds forts enflées.

Nous avons appelé notre médecin qui lui a donné un purgatif du calomel et je ne sais quoi. Cela a très bien réussi.

Quinze jours plus tard, elle était enrhumée sans cause connue ; notre médecin l'a auscultée avec soin ; il a cru reconnaître un œdème. Nous avons demandé un consultant qui a cru à une tuberculose.

Madame X..., a été très souffrante. Du kermès, de l'huile de foie de morue, du fer, voilà les principaux remèdes employés. Les médecins n'étaient pas bien d'accord sur la nature de la maladie ; ils l'ont été tout à fait sur le traitement qui a réussi assez bien : mais voici du nouveau : un trouble épais à la partie postérieure de la cornée. Qu'en pensez-vous ? Mme X... est bien fatiguée ; pour que je vous la conduise. »

Réponse du Docteur Guepin :

Je présume que Mme X... a eu aux jambes un œdème albuminurique, un second au poumon, et que son ulcère de la partie postérieure de la cornée est dû à cette cause.

Faites essayer les urines et si elles sont albuminuriques priez vos médecins, auxquels vous soumettrez cette lettre, d'ajouter à leur traitement un litre de tisane gommeuse sucrée, avec addition de quarante gouttes d'acide azotique par jour.

Cette jeune dame, ajoute le docteur Guepin, était chloro-albuminurique. Aujourd'hui, elle est guérie.

OBSERVATION II

Au mois de décembre dernier, écrit le docteur Guepin, un père de famille, mon ami intime, qui avait sa fille aînée très malade, à la suite de couches, m'envoya une note de son médecin, un petit exposé en une page, écrit avec un remarquable talent plein de netteté et de précision. Il y avait eu d'abord œdème aux membres inférieurs, et le médecin avait constaté plus tard

un œdème du poumon. Il tenait à son diagnostic, malgré divers épiphénomènes qui pouvaient donner des doutes sur une phtisie je lui écrivis, en le priant de faire analyser les urines. Il eut l'obligeance de me répondre aussitôt qu'elles étaient albuminuriques. Il s'est empressé de modifier son traitement d'après ce fait, et la malade va beaucoup mieux.

La première de ces observations est surtout très intéressante. Le diagnostic de tuberculose avait été porté par deux médecins ; et l'on peut penser quel pronostic fâcheux aurait résulté du traitement au Kermès, à l'huile de foie de morue et au fer, si cette erreur n'avait pas été réparée.

Elle est aussi d'un enseignement bien utile, puisqu'elle nous montre qu'en présence d'une jeune femme amaigrie, sans appétit, oppressée et qui tousse, on a pu porter le diagnostic de tuberculose et en instituer le traitement ; alors que tous ces phénomènes, dûs au chlorobrightisme, auraient disparu par le régime lacté.

OBSERVATION III

Extrait de la thèse du docteur Decker, 1872.

L... Jules, soldat au 4^e régiment provisoire, âgé de 27 ans, entre le 20 mars au Val-de-Grâce pour troubles visuels, pour faiblesse de la vue.

A l'ophtalmoscope on découvre des altérations multiples de la rétine.

L'œdème des extrémités est peu prononcé ; il n'y a rien à la poitrine. Les urines contiennent de l'albumine.

Dans les antécédents, on relève une bronchite qui aurait duré une quinzaine de jours.

1^{er} avril. — Le malade est pris depuis quelques jours de dyspnée, même lorsqu'il reste au lit. Il tousse modérément. La percussion de la poitrine donne de la submatité à la base des deux poumons et surtout en arrière. A l'auscultation, on entend à cet endroit des râles humides à grosses bulles ; le murmure vésiculaire n'est pas perçu.

En avant et à gauche, vers le tiers supérieur de la poitrine, on a sous l'oreille une bouffée de râles crépitants fins ; ces râles sont très circonscrits et augmentent pendant deux jours, puis disparaissent dans le même espace de temps en s'étendant un peu.

En arrière et à droite au niveau de l'angle de l'omoplate, on perçoit à peu près les mêmes phénomènes. Il y a apyrexie complète.

Mai. — Ces râles paraissent et disparaissent alternativement ; la toux augmente ainsi que la dyspnée. Le malade a des accès de suffocation. Il expectore abondamment et parfois ses crachats sont mêlés de sang ; il a même de véritables hémoptysies.

L'affaiblissement général devient de plus en plus considérable ; une diarrhée incoercible survient et le malade meurt dans un accès de suffocation.

Autopsie. — Les reins sont profondément altérés. Les poumons ne présentent pas trace de tubercules, ils sont gorgés de sang par place et infiltrés de sérosité, qui sort, mélangée à de l'air, lorsqu'on comprime une tranche entre les doigts. Aucune trace

d'hépatisation. Les plèvres contiennent un peu de sérosité et quelques fausses membranes. Le cœur est sain.

Si dans cette observation le diagnostic de tuberculose n'a pas été fait, on n'y avait cependant pensé, puisqu'à l'autopsie on a recherché les tubercules et qu'on en a noté l'absence.

Et en effet les différents symptômes énoncés : toux, râles crépitants aux deux sommets en avant et en arrière, expectoration abondante formée de crachats sanguinolents et quelquefois de sang pur ; l'affaiblissement général et progressif, tout cela pouvait bien faire croire à une tuberculose, bien que l'apyrexie complète, la mobilité des signes d'auscultation aient apporté leur appoint contre ce diagnostic.

Mais cette observation est particulièrement intéressante en ce qu'on a pu constater à l'autopsie non seulement l'absence de tubercules, mais aussi les lésions de l'œdème pulmonaire albuminurique, fait très rare, étant donné le peu de gravité que présente habituellement la lésion.

OBSERVATION IV

Extrait de la thèse du Dr Combarel, 1898.

X..., âgé de 41 ans est un homme fort et bien constitué qui se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu, atteint d'après un médecin de tuberculose pulmonaire au début.

Le malade raconte qu'il a été pris l'avant-veille d'une hémop-

tysie, et qu'alors très effrayé, il est allé consulter médecin.

C'est sur son avis qu'il nous demande son admission à l'hôpital. Cet homme n'a jusqu'à présent fait aucune maladie.

Il présente différents signes d'arthritisme : nodosités rhumatismales, calvitie précoce, angio-sclérose, etc.

Nous auscultons et sommes frappés de trouver non pas au sommet des poumons, mais à la partie moyenne du poumon droit un foyer de râles sous-crépitaux à bulles moyennes.

Cette localisation jointe à l'intégrité absolue des sommets, à un état général satisfaisant, n'est guère en faveur d'une lésion tuberculeuse au début.

Les râles sont bien gros et témoigneraient d'une lésion bien avancée qui n'aurait pas évolué sans retentir sur l'état général. Nous cherchons ailleurs les causes de cette hémoptysie.

Nous ne trouvons aucune lésion du cœur ; mais l'examen de l'urine nous révèle la présence de l'albumine, et l'interrogatoire dirigé du côté d'une néphrite artérielle nous apprend que cet homme présente de la polyurie surtout nocturne.

Son urine est claire, la densité a baissé.

La vue baisse depuis longtemps.

Rapprochant cette hémoptysie, des épistaxis si fréquentes chez les brightiques aux débuts et aux environs de la cinquantaine ; nous n'hésitons pas à considérer notre malade comme un brightique atteint d'une forme hémoptysique de la bronchite albuminurique de Lasègue.

Nous ne jugeons pas nécessaire d'hospitaliser ce malade et nous le mettons au régime lacté absolu en lui recommandant de venir nous trouver de temps en temps.

Peu de jours après, les signes pulmonaires avaient complètement disparu.

OBSERVATION IV *bis*.

Un malade se présente dans les mêmes conditions. M. le docteur Raymond porte le même diagnostic et nous fait remarquer combien le malade actuel ressemble au précédent.

Il s'agit encore d'une hémoptysie liée à une néphrite artérielle. le malade prenant alors la parole nous dit que c'est lui le malade précédent que nous n'avons pas reconnu. Il s'est d'ailleurs fort bien porté depuis six mois. La néphrite ne s'est pas modifiée.

Nous le soumettons de nouveau au régime lacté et l'amélioration ne se fait pas attendre...

Cette observation est intéressante en ce qu'elle saisit sur le fait une erreur de diagnostic due précisément à une négligence dans l'examen des urines. Sans doute la localisation pulmonaire, l'intégrité des sommets, l'état général satisfaisant explique peu, comment l'erreur a pu être commise. Mais l'exemple, n'est que plus frappant, de l'importance trop exclusive donnée au symptôme hémoptysie, qu'on croit trop souvent ne rencontrer que dans la tuberculose ; alors qu'un examen un peu sérieux permet d'en trouver la véritable cause, et d'instituer un traitement efficace.

OBSERVATION V

Publiée par MM. Hirtz et Merklen.

Mme J... âgée de 59 ans entre à la salle Legroux n° 5, dans un état cachectique, pour dyspnée paroxystique avec oppression

habituelle. Elle n'a aucune tare pathologique antérieure, sauf toutefois deux poussées d'ostéite bacillaire au niveau de l'extrémité inférieure du radius gauche et au tiers inférieure du tibia du même côté.

Ces os ont été grattés quelques mois auparavant, et encore aujourd'hui, persiste au tibia une fistulette sans cesse suintante. Les urines contiennent environ 1 gr. 50 d'albumine.

Peu d'œdème, mais bruit de galop intermittent, et quelques petits signes de brightisme : crampes, cryesthésie, etc. Au sommet droit, petits râles muqueux assez localisés ; mêmes signes au sommet gauche, mais moins accentués. Respiration affaiblie dans les deux poumons.

Le diagnostic de tuberculose paraît bien probable justifié encore par les antécédents d'ostéite.

On se demande même si le rein n'a pas été frappé consécutivement à la bacillose, mais d'après les renseignements fournis par la malade, il semble qu'on doive s'arrêter à l'idée d'une tuberculose indépendante de la lésion rénale.

La malade meurt au bout de quelques jours, et l'autopsie confirme le diagnostic de néphrite, en montrant deux reins petits, granuleux et kystique. Mais au sommet on ne trouve aucun stigmate de tuberculose.

Les deux sommets sont simplement congestionnés ; le poumon à ce niveau est comme tuméfié, et les coupes donnent issue à une sérosité spumeuse. Quelques lobules à la partie antérieure du sommet gauche sont emphysémateux.

L'importance de cette observation ressort d'elle-même ; elle est tout à fait typique puisqu'au lieu d'une tuberculose dont une double ostéite bacillaire légitimait largement la

présence, on n'a trouvé que de la congestion avec œdème aux deux sommets. Ces lésions étaient sous la dépendance de la néphrite dont souffrait le malade.

Dans ce cas le diagnostic était bien difficile ou plutôt impossible ; les antécédents, l'état général du malade, tout était en faveur de la bacillose. L'autopsie fut d'un grand enseignement, puisque chez cette femme entachée de tuberculose osseuse, elle permit de constater un œdème albuminurique alors qu'on était en droit d'attendre une tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION VI

Publiée par MM. Hirtz et Merklen.

Emilie B..., vingt-six ans, domestique, salle Legroux, n° 11, entre à l'hôpital Laennec le 24 mars 1898.

Sa mère a toute sa vie été malade et a succombé à vingt-cinq ans d'une affection inconnue. Son père est mort de phthisie à trente-deux ans.

Elle même n'a été réglée qu'à vingt-deux ans, et depuis l'est irrégulièrement. Pas de pertes blanches.

A dix ans, elle a eu un œdème subit et généralisé. Mise au régime lacté, elle aurait complètement guéri au bout d'un mois.

A dix-huit ans, fièvre typhoïde pour laquelle elle a été soignée pendant quatre mois.

Depuis cette époque, se plaint d'être souvent fatiguée et est fréquemment forcée d'interrompre son service.

État actuel. — 26 mars. — C'est une lassitude générale avec sentiment de faiblesse et perte presque totale de l'appétit qui amène la malade à l'hôpital.

On est frappé, aussitôt qu'on l'approche, par la saillie de ses yeux. Le regard n'a pas de fixité spéciale; pas de signe de goitre exophtalmique. C'est une exophtalmie physiologique, comme est physiologique la dilatation de sa pupille droite.

Douleurs dans les membres supérieurs. Léger œdème des deux membres inférieurs.

Dans les poumons, râles de bronchite disséminés. Au sommet gauche, respiration plus obscure que du côté opposé, avec râles sous-crépitaux.

Le cœur est hypertrophié. A la base, double souffle aortique; aorte dilatée, sous-clavière droite un peu remontée. A la pointe, bruit de galop.

L'examen des urines montre la présence de deux grammes d'albumine.

Cette malade est donc avant tout une cardio-rénale, avec manifestations d'artério-sclérose au niveau du rein et de l'aorte.

Faut-il incriminer la tuberculose? L'absence de troubles fonctionnels propres à cette affection, l'examen négatif des crachats, l'étude attentive des symptômes physiques, qui ne révèlent pas l'existence caractéristique d'une induration pulmonaire ne prêtent guère à hésitation, mais l'on attend l'évolution et l'influence du traitement pour se prononcer définitivement.

Elle est soumise au traitement ordinaire des brightiques: régime lacté absolu, etc.

19 avril. — Pas de modification dans les urines; persistance de l'albumine environ au même taux.

Le bruit de galop a toujours la même netteté. Au niveau des poumons, si l'on retrouve encore des râles de bronchite disséminés et légers, tout au moins entend-on beaucoup moins bien les râles sous-crépitaux du sommet gauche.

24 avril. — Ceux-ci ont totalement disparu ; de plus, la respiration, qui était un peu obscure, a retrouvé son timbre normal.

On rejette définitivement le diagnostic de bacillose, devant cette guérison vraiment spontanée, et l'on rattache cette lésion aux phénomènes congestifs qui viennent compliquer le mal de Bright, ici localisés.

5 mai. — La malade, dont l'état général s'est amélioré, veut quitter l'hôpital. Elle ne présente plus aucun accident pulmonaire et supporte ses lésions aortiques aussi bien que possible.

20 mai. — La malade, rentre dans le service. Les travaux auxquels elle a essayé de se livrer l'ont fatiguée à nouveau, et elle est sensiblement dans le même état qu'au début de son premier séjour à l'hôpital. Toutefois, elle n'a plus qu'un gramme d'albumine.

Au cœur, les symptômes objectifs n'ont pas changé : double souffle aortique et bruit de galop.

En même temps, elle a une légère dyspnée, et l'auscultation note les signes suivants : le sommet gauche, qui avait été atteint un mois plus tôt, est indemne. On relève simplement la présence d'un petit nombre de râles sous-crépitaux à la base gauche.

28 mai. — La base gauche ne présente plus les signes qu'on avait notés quelques jours auparavant. Evidemment, on s'est encore trouvé en présence d'un de ces foyers congestifs communs chez les brightiques. Mais la lésion a changé de place. Le sommet droit dont l'auscultation avait été jusque-là tout à fait pure, présente, à son tour des râles fins qui s'entendent à l'inspiration. Pas de modifications du murmure vésiculaire.

La première partie de l'histoire de cette malade autorise à supposer que la tuberculose n'est pas en jeu. Les crachats ne révèlent pas la présence de bacilles de Koch, et la non coexistence

des signes d'induration plaide cliniquement dans le même sens.

6 juin. — Les râles du sommet droit persistent encore, mais moins serrés, plus espacés. Ils ont diminué de nombre et d'intensité.

15 juin. — On ne les entend plus, et tout signe pulmonaire semble vraiment avoir disparu.

21 juin. — Recrudescence des symptômes pulmonaires au sommet droit, avec les mêmes caractères : râles fins et assez limités.

Crise d'oppression accompagnant une augmentation de l'albumine qui remonte à deux grammes et un œdème malléolaire avec bouffissure des paupières. Renseignements pris, on apprend que la malade mange de la viande à l'insu de la surveillante.

25 juin. — On la surveille attentivement; tous les phénomènes mentionnés ci-devant s'amendent, mais devant la nécessité de rester au régime lacté, la malade quitte l'hôpital.

28 octobre. — Pour la troisième fois, la malade revient. Peu de changement dans l'état de son cœur. On ne trouve plus que 50 centigrammes d'albumine.

L'exploration du poumon et l'auscultation en particulier ne laisse rien percevoir d'anormal en aucun point.

Cette observation met bien en évidence l'extrême facilité avec laquelle ces foyers se déplacent, surtout ceux du type œdémateux. Elle nous montre deux localisations consécutives de bronchite albuminurique aux deux sommets, sans parler d'une troisième qui s'est faite à la base. La première de ses localisations est remarquable par sa longue durée, puisqu'elle s'est maintenue près d'un mois.

Là encore, l'hésitation était possible surtout pour le premier foyer.

Cette observation est également intéressante en ce qu'elle montre, quelles relations intimes il y a entre les phénomènes pulmonaires et l'albuminurie.

En effet nous voyons ces phénomènes s'amender peu à peu au fur et à mesure que la quantité d'albumine diminue ; de même nous en voyons une recrudescence quand un écart de régime vient augmenter cette dose d'albumine.

C'est là, la meilleure preuve que la bronchite était bien sous la dépendance de l'albuminurie et non de la tuberculose.

OBSERVATION VII (personnelle).

Mme B..., cigarière, 43 ans, entre le 24 avril 1898, à l'hôpital Laënnec, salle Legroux, service du Dr Hirtz ; parce qu'elle tousse et étouffe depuis déjà longtemps.

On ne relève dans son enfance, aucune maladie. Dans sa jeunesse elle s'enrhumait facilement et a eu plusieurs bronchites.

A 20 ans elle a une pleurésie dont elle guérit parfaitement.

A partir de cette époque, elle avait tous les hivers une bronchite qui l'obligeait à interrompre son travail. Jamais à cette époque elle n'eut de crachements de sang ; elle ne maigrissait pas, l'appétit restait bon. Mais elle souffrait fréquemment de maux de têtes violents.

Au mois de février 1898, nouvelle bronchite qui dure quinze jours, mais n'oblige pas la malade à s'aliter.

Au mois de mai autre bronchite ; celle-là plus intense. La ma-

lade s'alite pendant un mois. Le médecin qu'elle consulte lui met des ventouses et lui ordonne des boissons expectorantes.

Mais cette bronchite, tout en diminuant un peu d'intensité, traîne en longueur ; la malade tousse toujours, expectore beaucoup, a de la dyspnée et n'a plus d'appétit.

Elle consulte un autre médecin, puis un troisième ; toujours mêmes prescriptions ; ventouses, potion expectorante, boissons chaudes. Les urines ne sont pas analysées.

Cependant Mme B..., avait le matin au réveil de l'œdème aux paupières.

Les crampes étaient fréquentes, les secousses électriques violentes. Il y avait de la cryesthésie, des démangeaisons ; la vue baissait. Il n'y avait pas de polyurie.

La malade attire notre attention sur les douleurs lombaires qu'elle ressentait depuis longtemps. Ces douleurs étaient surtout violentes le matin au réveil. La malade les compare aux douleurs de l'accouchement.

Lorsque Mme B. rentre à l'hôpital le 24 avril, les choses étaient dans cet état.

On analyse les urines et on trouve 2 gr. 50 d'albumine.

La percussion ne dénote aucune alteration de la sonorité normale.

L'auscultation fait entendre en avant et en arrière dans le sommet droit des râles crépitants fins qui descendent jusqu'à la pointe de l'omoplate.

Au sommet gauche on entend une respiration rude avec expiration prolongée.

La toux est fréquente et quinteuse.

La malade est oppressée ; la dyspnée intense apparaît invariablement la nuit ou le jour sans aucune cause.

L'expectoration muco-purulente est abondante.

Les crachats sont striés de filets de sang pur.

La malade est mise au régime lacté absolu.

Les jours suivants, la dyspnée et la toux diminuent, cependant les signes stéthoscopiques persistent. On note une hémoptysie.

Un nouveau symptôme apparaît : la polyurie ; la malade maintenant se lève plusieurs fois la nuit pour uriner.

La dose d'albumine tombe progressivement de 2 g. 50 à 1 gramme. Les symptômes généraux suivent la même marche décroissante.

Les signes stéthoscopiques diminuent d'étendue et d'intensité.

La dose d'albumine reste stationnaire à 1 gramme, pendant quelques jours; et phénomènes curieux les autres symptômes restent ce qu'ils sont,

Pendant ce temps M. Hirtz fait consulter la malade à différents élèves d'un autre service et tous portent la diagnostic de tuberculose.

Enfin l'albumine recommence à décroître et avec cette diminution, la santé générale s'améliore.

A la fin du mois de mai, Mme B. quitte l'hôpital Laënnec complètement améliorée. Il n'y a plus de signes stéthoscopiques; et la dose d'albumine n'est plus que de 0,50 centigrammes.

Dans les mois de juin et juillet 1899. Mad. B. revient en consultation. Elle a repris son travail et l'alimentation ordinaire avec un litre de lait par jour.

L'amélioration se maintient. L'enbonpoint augmente ; mais certains signes du brightisme persistent, tels que secousses électriques, douleurs lombaires, cryesthésie.

Du côté du poumon, la percussion et l'auscultation ne note rien d'anormal.

En résumé cette observation nous montre une femme qui a à son actif de nombreux antécédents pulmonaires.

Elle a de la dyspnée, de la toux, une expectorations anguinolente et muco-purulente abondante et des signes stéthoscopiques persistants au sommet droit. Mais la malade a de l'albumine, et ce qu'il y a de curieux, c'est que les symptômes pulmonaires suivent une marche analogue à celle de l'albumine. Celle-ci diminue-t-elle, les symptômes pulmonaires diminuent.

L'albumine reste stationnaire, même phénomène du côté du poulmon.

Ces relations intimes entre signes du côté de l'appareil respiratoire et quantité de l'albumine, prouvent suffisamment que Mme B. est atteint de complications pulmonaires albuminuriques et non de tuberculose pulmonaire comme certains l'avaient diagnostiqué.

OBSERVATION VIII.

(Observation recueillie dans le service de M. le Dr Giraudeau médecin de l'hôpital Tenon, par M. J. Petit, interne des hôpitaux).

La nommée X... âgée de 69 ans, entre à l'hôpital Tenon, le 29 décembre 1898, salle Rayer, lit n° 10.

Cette femme a eu plusieurs atteintes de bronchite en 1886, 1891, 1896 et 1898. Depuis 2 ans, elle se trouve dans un état de dyspnée permanente et a, depuis la même époque, de la pollakyurie nocturne.

Elle a eu trois crises d'étouffements dans la rue, sans ictus, et dort habituellement mal.

A l'examen, on remarque un œdème des membres inférieurs et des paupières.

La malade rend moins d'un litre d'urine de couleur jaune clair et transparente, sans trace d'albumine, mais présentant de l'urohématine.

On retrouve la plupart des petits signes du brightisme et même quelques prodromes d'urémie : étouffements, céphalée, etc.

L'examen du cœur montre que la pointe bat au niveau de la 6^e côte, sur la ligne mamelonnaire, mais on n'entend pas de bruit de galop.

Le pouls est régulier, mais fort et tendu.

L'examen des poumons montre: des signes de bronchite généralisée avec emphysème, mais de plus, *point capital*, au niveau du sommet gauche, sous la clavicule, on trouve un foyer de submatité, avec respiration humée, râles sous-crépitaants éclatants, à la toux, en bouffées fines ayant le timbre humide.

Les crachats sont purulents, peu abondants, non nummulaires et mélangés à une expectoration finement aérée.

L'examen bactériologique ne révèle pas la présence de bacilles tuberculeux dans les crachats. Cet examen a été fait ultérieurement un certain nombre de fois, (quatre ou cinq) sans donner d'autre résultat.

Le diagnostic porté est le suivant : Mal de Bright, bronchite albuminurique avec foyer congestif au sommet gauche.

Le 2 janvier 1899, la malade est soumise à la théobromine pendant deux jours, à la dose de 3 grammes par jour. Elle urine alors plus de 3 litres. L'œdème diminue, les signes pulmonaires également, mais le foyer congestif du sommet gauche persiste. La malade est mise au régime lacté absolu.

Pendant le mois de janvier, les urines ayant de nouveau dimi-

nué, la malade éprouve de nouveaux malaises (dyspnée, étouffements la nuit...) De nouveau, on donne la théobromine qui provoque la diurèse et l'amélioration.

L'histoire de la malade se continue ainsi jusqu'à sa mort survenue le 26 mars, avec des alternatives de dysurie et de diurèse obtenue par la théobromine. Mais, fait important, les signes observés au sommet gauche, le jour de l'entrée, ont toujours persisté et même, à la date du 11 février, il y avait accentuation de ces signes (présence d'un souffle caverneux avec pectoriloquie aphone). Les symptômes de caverne existaient encore pendant les derniers jours de la vie.

L'autopsie a vérifié le diagnostic de sclérose rénale et de congestion simple au sommet du poumon gauche sans trace de tuberculose.

Cette observation montre combien les signes stéthoscopiques fournis par l'examen du poumon dans le cours du mal de Bright peuvent simuler ceux de la tuberculose : Foyer de submatité bien limité au sommet, râles sous-crépitants, souffle caverneux, pectoriloquie aphone ; tout y est.

Et cependant, pas d'albumine dans les urines ; pas de bruit de galop.

Mais aussi, pas de bacille de Koch dans les crachats ; mais aussi les petits signes du brightisme presque au complet.

La distinction était donc difficile à faire dans ce cas particulier, où l'examen des crachats prenait une importance de premier ordre.

Aussi, après ces examens multipliés, le diagnostic de bronchite albuminurique fut-il nettement posé ; et l'autopsie, d'une importance capitale, vint d'ailleurs vérifier ce diagnostic délicat.

CONCLUSIONS

Nous pouvons de ce travail tirer les conclusions suivantes :

Certains œdèmes ou bronchites d'origine brightique se localisent aux sommets des poumons.

Un seul sommet peut être atteint; ou bien les deux sommets alternativement ou simultanément.

Cette localisation, la tenacité des signes stéthoscopiques, les symptômes généraux, l'hémoptysie peuvent parfaitement en imposer pour une tuberculose pulmonaire.

On évitera cette erreur par l'analyse des urines, la recherche complète et sérieuse de tous les signes.

On n'oubliera pas que la percussion, notant une sonorité normale ou à peu près, mettra souvent sur la voie du diagnostic.

Enfin dans les cas difficiles, l'examen des crachats et l'inoculation éclairciront tous les doutes.

Vu par le président de la thèse,
BRISAUD

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

RAYER. — Traité des maladies des reins.

LASÈGUE. — Etudes médicales.

DECKER. — Complications pulmonaires de l'albuminurie. Thèse
1872.

LE MAUX. — Complications pulmonaires de l'albuminurie. Thèse
1882.

LECORCHE et TALAMON. — Traité de l'albuminurie et du mal de
Bright, 1888.

JACCOUD. — Leçons de clinique médicale.

COMBAREL. — Du poumon chez les Brightiques. Thèse 1898.

HIRTZ et MERKLEN. — Presse médicale, 28 décembre 1898.

